IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	ESTEFANIA PINEDA QUINTERO	**Identificación:**	CC: 1035861166
Fecha de Nacimiento:	1992-06-25	**Edad:**	33
Género:	F	**RH:**	O +
Estado civil:	SOLTERO	**Escolaridad:**	TECNOLOGICO
Estrato:	2	**Ciudad:**	MEDELLIN
Dirección:	CLL 78 # 87 72	**Teléfono:**	3013064518
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR MEDICINA	**Cargo:**	AGENTE DE TRANSITO
Ciudad - Sede:	MEDELLIN	**Sede:**	MEDELLIN LAURELES
TIPO EXAMEN:	PREINGRESO	**ENFASIS:**	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,

EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL		**CAMPO ADICIONAL 1**	
CAMPO ADICIONAL 2		**CARGO**	

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

EMPRESA 1

EMPRESA		**ANTIGUEDAD**	
CARGO		**AREA**	
EXPUESTO A RUIDO		**USO DE E.P.P.**	
TIPO	NO APLICA	**OBSERVACIONES**	

HISTORIA MANUAL

ANTECEDENTES AUDITIVOS

OCUPACIONALES Y PERSONALES

CIRUGIA DE OIDOS	NO REFIERE	**HIPOACUSIA**	NO REFIERE
MEDICAMENTOS	NO REFIERE	**MENINGITIS**	NO REFIERE
OTALGIA	NO REFIERE	**OTITIS**	NO REFIERE
OTORRAGIA	NO REFIERE	**OTORREA**	NO REFIERE
OTOTOXICOS	NO REFIERE	**PARALISIS FACIAL**	NO REFIERE
PAROTIDITIS	NO REFIERE	**PRURITO**	NO REFIERE
RINITIS	NO REFIERE	**SARAMPION / RUBEOLA / VARICELA**	NO REFIERE
SENSACION DE OIDOS TAPADOS	NO REFIERE	**SINUSITIS**	NO REFIERE
TRAUMA CRANEOENCEFALICO	NO REFIERE	**TRAUMAS DEL OIDO (GOLPES, TRAUMA ACUSTICO, EXPLOSIONES)**	NO REFIERE
TINITUS - ACUFENOS	NO REFIERE	**VERTIGO**	NO REFIERE
OTROS	NO REFIERE	**VIBRACION CONTINUA**	NO

ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICION AL RUIDO

USO DE AUDIFONOS PERSONALES	SI Observaciones: ocasional	**DISCOTECA (CADA 8 DIAS)**	NO
INSTRUMENTOS MUSICALES	NO	**MOTOCICLISMO**	SI
SERVICIO MILITAR	NO	**JUGAR TEJO**	NO
POLIGONO	NO	**USO FRECUENTE DE AVION/HELICOPTERO**	NO
OTROS	NO		

OTOSCOPIA

OIDO DERECHO		**OIDO IZQUIERDO**	
PABELLON AURICULAR - OD	NORMAL	**PABELLON AURICULAR - OI**	NORMAL
CANAL AUDITIVO EXTERNO - OD	NORMAL	**CANAL AUDITIVO EXTERNO - OI**	NORMAL
MEMBRANA TIMPANICA - OD	NORMAL	**MEMBRANA TIMPANICA - OI**	NORMAL
TAPON CERUMEN - OD	NO	**TAPON CERUMEN - OI**	NO
PERFORACION TIMPANICA - OD	NO	**PERFORACION TIMPANICA - OI**	NO
OD OTRO		**OI OTRO**	

AUDIOGRAMA

Audiograma



AUDIOGRAMA VIA AREA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD	5			5			5			5			5			5			5			15		
OI	10			5			5			10			5			5			10			10		

AUDIOGRAMA VIA OSEA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD																								
OI																								

AUDIOMETRIA BASE

	250	Obs.	500	Obs.	1000	Obs.	2000	Obs.	3000	Obs.	4000	Obs.	6000	Obs.	8000	Obs.
OD																
OI																

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO		

INTERPRETACION

LARSEN OD	NO APLICA	**LARSEN OI**	NO APLICA
PTA OD (500, 1K y 2K)	5	**PTA OI (500, 1K y 2K)**	6.666666666666667
E.L.I OD	A - EXCELENTE	**E.L.I OI**	A - EXCELENTE
GATISST OD (500, 1K, 2K y 3K)	5	**GATISO OI (500, 1K, 2K y 3K)**	6.25
S.A.L. OD	N	**S.A.L. OI**	N
FACTOR DE PRESBIACUSIA	2		

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Z011: Examen de oídos y de la audición	**TIPO DIAGNOSTICO 1**	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA
RESULTADO	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL AL MOMENTO DEL EXAMEN	**LATERALIDAD DX1**	BILATERAL

RECOMENDACIONES

CONTROL AUDITIVO SEGUN P.V.E.	X	**VALORACION COMPLEMENTARIA**	Su capacidad auditiva es adecuada

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.





Firma:		Firma:	
Nombre:	NANCY GOMEZ CARDENAS	Nombre:	ESTEFANIA PINEDA QUINTERO
R.M. / TP:	5276907 L.S.O. 5276907	Documento:	1035861166